

Cómo aprovechar al máximo sus visitas de seguimiento

Cómo la insuficiencia cardíaca está afectando su vida



Tendrá visitas periódicas con su equipo de atención para evaluar cómo le está yendo y hacer cambios en sus tratamientos con el tiempo.

Utilice esta hoja de trabajo entre citas para ayudar a llevar un registro de cómo se siente, sus síntomas de insuficiencia cardíaca y cómo la afección limita su capacidad para realizar actividades. Traiga esto y una lista actual de medicamentos a cada visita.

Fecha: _____

1. Desde su última visita, se siente:

Mejor

Peor

Igual

Diferente; ¿de qué manera(s)? _____

Recientemente ha tenido más días **buenos / malos / peores** (marque con un círculo)

Cómo explicaría		
 Un buen día con insuficiencia cardíaca	 Un mal día con insuficiencia cardíaca	 El peor día con insuficiencia cardíaca

¿Ha presentado alguna de las siguientes?

Visitas al departamento de urgencias/atención de emergencia Sí No

(En caso afirmativo, ¿cuándo y por qué razón?)

Hospitalizaciones Sí No

(En caso afirmativo, ¿cuándo y por qué razón?)

2. Su salud emocional

En una escala del 0 al 10, ¿qué tan estresado o ansioso se ha sentido?

Nada estresado o ansioso

Nunca me he sentido más estresado o ansioso

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

En una escala del 0 al 10, ¿qué tan triste o deprimido se ha sentido?

Para nada triste

La peor tristeza que he sentido, nada me alegra

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

En general, ¿cómo está lidiando con su diagnóstico de insuficiencia cardíaca?

Muy mal	Mal	Más o menos	Bastante bien	Muy bien, a pesar de todo
---------	-----	-------------	---------------	---------------------------

3. Sus síntomas

Prestar mucha atención a los signos de que su insuficiencia cardíaca está empeorando es esencial para controlar la enfermedad. Si lo hace, puede ayudarle a permanecer fuera del hospital y prevenir otras complicaciones.

<i>Desde mi última cita, siento o he tenido:</i>	Para nada	Parte del tiempo	Con frecuencia	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
Fatiga o mucho cansancio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para respirar (al caminar una cuadra o más o al subir un tramo de escalera)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazón en mis pies, tobillos, piernas o estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos seca (no productiva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necesidad de dormir sentado o apoyado en almohadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necesidad de despertarme por la noche para sentarme y respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Llame al 911 de inmediato en caso de dificultad para respirar marcadamente peor o en extremo, si siente que se desmaya o colapsa o si tiene dolor, presión o malestar en el pecho.

4. Sus factores desencadenantes

Con el tiempo, muchas personas que viven con insuficiencia cardíaca han aprendido qué puede desencadenar un brote de insuficiencia cardíaca. Por ejemplo, si comen una comida salada, no toman sus medicamentos, viajan o beben demasiado alcohol. Tome nota de los posibles factores desencadenantes y de lo que puede hacer para evitarlos.

Sé que ciertos factores pueden hacer que mi insuficiencia cardíaca empeore. Estos incluyen:

5. Cómo su insuficiencia cardíaca limita lo que puede hacer

<i>Desde mi última cita, he notado que mi insuficiencia cardíaca limita estas actividades o aspectos de mi vida diaria:</i>	Para nada	Algunas veces	Con frecuencia	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
Trabajar (cumplir con las responsabilidades laborales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ducharse o bañarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar rápido o poder hacer ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer labores domésticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasatiempos, actividades recreativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tener vida social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salir a comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidar de los demás (por ejemplo, pareja, nietos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantenerse emocionalmente saludable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensar con claridad o concentrarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planear viajes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Control de su insuficiencia cardíaca

Cómo me va en relación a:	Qué lo hace difícil	Qué parece ser de ayuda
Tomar medicamentos	<i>(Por ejemplo, costo, recordar tomarlos, efectos secundarios)</i>	
Limitar la ingesta de sodio	<i>(Por ejemplo, no saber cómo llevar un registro del mismo)</i>	
Comer alimentos saludables para el corazón	<i>(Por ejemplo, no hay tiempo para preparar comidas frescas y balanceadas)</i>	
Pesarme a diario	<i>(Por ejemplo, no tener una buena báscula, forma de llevar un control de los pesos)</i>	
Hacer ejercicio	<i>(Por ejemplo, no saber qué ejercicios son los mejores, no tener tiempo ni lugar a donde ir)</i>	
Llegar a las visitas médicas o acudir a las pruebas de seguimiento	<i>(Por ejemplo, trabajo, no tener transporte)</i>	
Otro:		

Use este espacio para anotar cualquier inquietud o pregunta adicional que pueda tener para su equipo de atención:
